

комплексе профилактических мер проводились также эластическая компрессия нижних конечностей и ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде.

Выводы. 1. Фраксипарин как препарат выбора для коррекции гемореологических нарушений у пациентов с ОТКН позволяет снизить развитие ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде. 2. Разработанная система профилактики позволила снизить частоту ТЭЛА с 9,8% до 3,5%.

*Андрейчук К.А., Сокурено Г.Ю.,
Петров С.Б., Новиков А.И., Дойников Д.Н.,
Черниковский И.Л., Гаджиев Н.К.,
Атмаджев Д.Н., Киселева Е.В.*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОЧКИ

*Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никитова МЧС России,
Санкт-Петербургский клинический
научно-практический центр специализиро-
ванных видов медицинской помощи (онколо-
гический),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Распространенный рак почки с формированием опухолевого тромбоза нижней полой вены (НПВ) является весьма актуальной проблемой, находящейся на стыке двух специальностей: онкологии и сердечно-сосудистой хирургии. Известно, что 4-10 % случаев рака почки сопровождаются опухолевой инвазией в магистральные вены. Активная хирургическая тактика, представляющая собой сочетание нефрэктомии с тромбэктомией из НПВ, в таких случаях позволяет существенно улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения.

Согласно классификации Neves R.J. и Zinck H. (1987), распространенность специфического тромботического поражения НПВ имеет четыре категории: I — вовлечение почечной вены и реального сегмента НПВ, II — распространение тромба до уровня печеночных вен, III — тромбоз всего супраренального сегмента НПВ вплоть до диафрагмы и, наконец, IV категория, характеризующаяся распространением тромба в правое предсердие. В отличие от клинических случаев тромбоза I категории, которые обычно успешно оперируются урологами, опухолевые тромбы II, а в особенности III и IV категории требуют участия в операции сосудистых хирургов. Последнее связано с необходимостью вмешательства на магистральном венозном коллекторе, а в случае распространения процесса в правое предсердие — и искусственного кровообращения. Несмотря на значительное увеличение объема и тяжести оперативного вмешательства, в большинстве случаев радикальная операция оказывается единственным шансом сохранения и продления жиз-

ни пациента. Однако число такого рода вмешательств, особенно при инвазии III-IV категории, остается невысоким.

Цель. Анализ первого совместного опыта наших клиник в хирургическом лечении опухолевого тромбоза НПВ III-IV категории при раке почки.

Материал и методы. Наши наблюдения включают в себя 4 пациентов (средний возраст 68,0 лет, половое соотношение 1:1). Все больные страдали раком правой почки (стадийность по AJCC 2002 — T_{3b-c} N₀₋₁ M₀) без выявленных отдаленных метастазов. В двух случаях имело место инвазия III, в остальных — IV категории, то есть опухолевый тромб распространялся в правое предсердие, причем в одном из наблюдений его «головка» в виде гриба выполняла нижнюю часть предсердия. Верификация диагноза была осуществлена на основании данных спиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, а также эхокардиографического исследования, в том числе — чреспищеводного. Следует отметить, что клинические проявления складывались в основном из симптомов основного заболевания: гематурия, нарастающая анемизация пациента, слабость, и синдрома НПВ в виде отеков нижних конечностей и гипотастрия, проявлений портальной гипертензии, в том числе — ненатянутого асцита. У большей части пациентов отмечалось наличие пристеночного неокклюзирующего тромбоза подпочечного сегмента НПВ, в двух случаях — с распространением на подвздошные вены.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были оперированы, одна из пациенток — экстренно. Показанием к неотложному вмешательству послужила остро возникшая окклюзия почечных вен с развитием острого отека печени и печеночной недостаточности накануне планового оперативного вмешательства. Несмотря на проведенное радикальное вмешательство, пациентка погибла в послеоперационном периоде при явлениях нарастающей полиорганной недостаточности и ДВС-синдрома.

В зависимости от распространенности тромботического поражения, а также запланированного объема операции, использовались различные хирургические доступы: типа «шеvron» (2), торакофренолапаротомия в V межреберье справа (1); полная стернолапаротомия (1). Во всех случаях выполнялась мобилизация правой доли печени с ротацией ее медиально для доступа к ретропеченочному сегменту НПВ и кавальным воротам печени, а также печеночно-двенадцатиперстной связки для выполнения приема Прингла. Искусственное кровообращение с подключением аппарата по схеме «аорта — верхняя полая вена + правая общая подвздошная вена» использовалось в одном случае у пациентки с больших размеров тромбом в правом предсердии, потребовавшим вскрытия полости сердца и резекции верхушки тромба. У второго пациента с IV категорией тромбоза нам удалось «протолкнуть» тромб в НПВ через стенку предсердия без вскрытия его. Истинное прорастание стенки супраренального сегмента НПВ в ходе операции

было обнаружено лишь в двух случаях, причем на ограниченном участке, у остальных пациентов опухолево-тромботические массы неплохо отделялись от стенки. Дистальная тромбэктомия из подвздошных вен и субренального сегмента выполнялась открытым способом в сочетании с вакуум-экстракцией тромбов. Протезирование НПВ не потребовалось ни разу, что связано с изначально имевшейся дилатацией сосуда на фоне тромбоза и наличием возможности наложения шва без существенного сужения просвета даже после частичной резекции стенки. Показаний к интраоперационной имплантации кава-фильтра также не было.

В послеоперационном периоде погибла одна пациентка от причин, описанных выше; у одного пациента отмечалось развитие сепсиса, с которым удалось справиться. Двое других пациентов были выписаны из стационара на 10-12 суток. Отдаленные результаты лечения отслежены в течение 5-14 месяцев. К моменту последнего контакта убедительных данных за наличие рецидива или прогрессии заболевания у наблюдаемых нами пациентов не выявлено.

Выводы. Радикальное хирургическое лечение пациентов с опухолевыми тромбозами НПВ является трудной проблемой, которая, тем не менее, может быть решена мультидисциплинарной хирургической бригадой. Первый опыт наших клиник позволяет судить о возможности применения весьма агрессивной хирургической тактики даже у пациентов с распространенными тромбозами.

*Аскерханов Г.Р., Казакмурзаев М.А.,
Махатиллов Г.М., Абдуллаев И.С.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТЭЛА ПРИ НЕОККЛЮЗИВНЫХ ФЛОТИРУЮЩИХ ФЛЕБОТРОМБОЗАХ ФЕМОРОПОПЛИТЕАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

*Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова,
г. Махачкала, Российская Федерация*

Актуальность. Хирургическая профилактика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей при флотации тромбов заключается в установке кава-фильтров. Установка кава-фильтра — эффективное, малоинвазивное вмешательство. Однако она сопряжена с угрозой последующего развития тяжелой хронической венозной недостаточности в пораженной и «интактной» нижних конечностях, что определяет поиск рационального подхода к применению методов хирургической профилактики ТЭЛА (Кохан Е.П. и соавт., 2012).

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты перевязки поверхностной бедренной вены (ПБВ) у пациентов с острым неокклюзив-

ным флотирующим флеботромбозом феморопоплитеального сегмента.

Материал и методы. С мая 2011 г. по сентябрь 2014 г. в отделении сердечно-сосудистой хирургии Медицинского центра им. Р.П. Аскерханова 12 пациентам с острым неокклюзивным флотирующим флеботромбозом феморо-поплитеального сегмента была выполнена перевязка ПБВ. Мужчин было 5, женщин 7. Возраст от 28 лет до 81 года. По анамнестическим данным до развития клинической симптоматики флеботромбоза по классификации хронических заболеваний вен СЕАР пациенты распределялись следующим образом: С0 — 2 пациентов, С1 — 4, С2 — 4, С3 — 2. Всем пациентам при поступлении (с маркировкой проекции устья глубокой вены бедра) и в динамике проводилось ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, а также выполнялась мультиспиральная компьютерная томография органов грудной полости. Все пациенты получали антикоагулянтную терапию низкомолекулярным гепарином в лечебных дозах с последующим переводом на прием непрямых антикоагулянтов в течение 6 месяцев и компрессионную терапию трикотажем II класса компрессии. Операция выполнялась под местной анестезией с наложением лигатуры из рассасывающегося материала (викрил 3/0) на устье поверхностной бедренной вены, тотчас каудальнее места ее слияния с глубокой веной бедра. Сразу после операции надевался компрессионный чулок 2 класса, и разрешалось ходить. Ближайшие результаты оценивались через 7 дней после операции. Отдаленные результаты изучались через 6 и 12 месяцев. Проводилась оценка степени выраженности хронического заболевания вен нижних конечностей по расширенной классификации СЕАР с подсчетом баллов по клинической шкале.

Результаты и обсуждение. Ни у одного пациента не развивалось клиники ТЭЛА в послеоперационном периоде. Через 7 дней после операции распределение пациентов по клинической классификации СЕАР выглядело следующим образом: С1 — 1, С2 — 4, С3 — 7, т.е. у 5 пациентов появился отек нижней конечности. По клинической шкале средний показатель составил 4,5 балла.

Через 6 месяцев обследовано 9 пациентов. У 7 пациентов, по данным УЗАС, был реканализован просвет феморо-поплитеального венозного сегмента, в 2 случаях выявлена окклюзия подколенной вены с реканализацией ПБВ. Распределение по СЕАР выглядело так: С1 — 2, С2 — 4, С3 — 4, по клинической шкале средний показатель составил 5,2 балла.

Через 1 год осмотрено 7 пациентов. У всех осмотренных пациентов выявлена реканализация пораженных венозных магистралей. По классификации СЕАР пациенты распределились следующим образом: С1 — 1, С2 — 3, С3 — 3, средний показатель клинической шкалы 4,9 балла.

Выводы. Перевязка поверхностной бедренной вены позволила избежать развития рецидива ТЭЛА у исследуемых пациентов, не приводя к развитию тяжелых форм хронических заболеваний вен нижних конечностей.